

Dichiarazione sull'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse

Io sottoscritto/a DOTT. PASQUALE SAPONE
nato/a a SAN LORENZO (R.C.) il 01.09.1952
CF SPN PQL 52P01H959V

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art.76 DPR 445 del 28/12/2000;

in relazione all'incarico quale MEDICO RAPPRESENTANTE ANFFAS presso la UOC/UOS di INPS di R.C. ;

DICHIARO

Sotto la propria responsabilità:

- di non trovarmi in situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse per l'assunzione dell'incarico di cui sopra;
- di impegnarmi a segnalare all'Istituto l'eventuale, futura insorgenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.

Data 06.09.2019

Firma 

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000 , la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.